

Cuestionario de WIC sobre ingresos

La fecha de su cita es el _____. Llene esta forma antes de la cita y llévela con usted. Si las Secciones I y II no tienen que ver con usted, voltee la hoja y llene la Sección III. Si necesita ayuda para llenar esta forma, o si no sabe qué llevar a la cita, llame a la oficina de WIC al _____.

Sección I. Beneficios de Medicaid, Programa SNAP o TANF

Llene esta sección si la persona que solicita WIC:

- recibe beneficios de Medicaid, del Programa SNAP o de TANF, o
- vive en un hogar donde alguien recibe TANF, o
- vive en un hogar donde una mujer embarazada o un bebé recibe Medicaid

Marque "Sí" o "No" para contestar las preguntas a continuación.

- | | |
|--|---|
| 1. Para el mes de la cita, ¿recibirá Medicaid la persona que solicita beneficios de WIC? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. Para el mes de la cita, ¿recibirá beneficios del Programa SNAP la persona que solicita WIC? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. Para el mes de la cita, ¿recibirá TANF la persona que solicita beneficios de WIC? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. Para el mes de la cita, ¿recibirá TANF alguien del hogar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. Para el mes de la cita, ¿habrá en el hogar una mujer embarazada que recibe Medicaid? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6. Para el mes de la cita, ¿habrá en el hogar un bebé menor de 12 meses que recibe Medicaid? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Si contesta "Sí" a una de las preguntas, la única información necesaria sobre ingresos es la carta de Medicaid, del Programa SNAP o de TANF para el mes de la cita.

Certifico que toda la información que he dado es correcta.

Firma del solicitante, padre o tutor

Nombre del solicitante, padre o tutor en letra de molde

Fecha

Sección II. Colocación por el DFPS

Llene esta sección si la persona que solicita WIC se encuentra en una colocación por el DFPS:

Marque "Sí" o "No" para contestar las preguntas 1 y 2.

- | | |
|---|---|
| 1. Para el mes de la cita, ¿recibirá Medicaid el solicitante? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Tiene esa persona una carta de colocación por el DFPS? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Si contesta "Sí" a una de las preguntas, lleve la carta de Medicaid para el mes de la cita o la carta de colocación por el DFPS. .

Certifico que toda la información que he dado es correcta.

Firma del padre temporal

Nombre del padre temporal en letra de molde

Fecha

